

心理臨床家の倫理に関する文献抄

大 橋 紀 美

わが国では最近になってようやく心理臨床家の倫理問題が取り上げられるようになり、本年発足した臨床心理士資格認定協会では、「臨床心理士」が遵守すべき綱領を制定したばかりである。この時期にあたって、倫理問題への対応に関しては先輩格である諸外国の実情を把握しておくことは、それが直ちにわが国情に合わないにせよ、これからの心理臨床家のあり方を検討していく上で欠かせない条件であろう。ここでは、Jensen, R.E. (1985) の編集した "Ethical issues in clinical psychology" を手がかりとして、様々な倫理問題に関する最近の論文10篇を選んで紹介する。

倫理原則についての知識と行動の不一致

Bernard, J.L., Murphy, M. and Little, M.

(1987) The failure of clinical psychologists to apply understood ethical principles. Professional Psychology, 18, 489-491.

サイコロジストによる倫理違反行為が少なくない。違反者たちは、自らの行為が非倫理的であることを知っていながら、そのような行為におよんでいる場合が多い。サイコロジストの非倫理的行為は、正式の告発がないと学会の倫理委員会も動けないが、仲間の違反を知りながらそれを告発しようとしないう傾向がある (Bernard and Jara, 1986)。

この調査では、心理臨床家を対象に、同僚が犯した倫理違反を自分が発見し違反を指摘したが受け入れられなかったという想定のもとに、「倫理原則に従うならどのように行動すべきだと思うか」「あなたは実際に何をするか (5つの選択肢のなかから選ぶ)」という質問をした。違反の内容は、クライアントに対する性的行為の場合とサイコロジスト自身がアルコール症で判断ミスをする場合の2種類が用いられた。APA 会員500名に質問紙を郵送し250名から回答を得た。

「倫理原則に従ってなすべき行動」は全員が正解 (倫理委員会への提訴) であったが、「なすべき行動を実行する」と回答したのは、性的行為の場合には63%、飲酒の場合には74%であった。これは前の調査 (Bernard and Jara, 1986) での大学院生より高率であるが、専門家であっても知識と行動の間にはかなりのズレがあることを示している。このようなズレに関連する要因について調べてみたが、回答者の理論的方向づけや同様な違反

を経験したことの有無とは関係が認められなかった。同僚の倫理違反を訴えるという行動は、どうやら個人的価値観に基づくもののようである。

Bernard, J.L., and Jara, C.S. (1986) The failure of clinical psychology graduate students to apply understood ethical principles. Professional Psychology, 17, 313-315.

臨床心理学課程における倫理教育の実態

Tymchuk, A.J., Drapkin, R.S., Ackerman, A.B., Major, S.M., Coffman, E.W., and Baum, M.S. (1979) Survey of training in ethics in APA-approved clinical psychology programs. American Psychologist, 34, 1168-1170.

臨床心理学における倫理の重要性が広く認識されるようになった反面、倫理教育については何をどの様に教えるか意見の一致が得られていない。倫理違反行為の訴追よりも倫理教育の充実がより根本的な解決策であろう。本研究では、臨床心理学専攻課程において行なわれている倫理に関する教育実態を知るために調査を行なった。

APA が公認している臨床心理学課程の責任担当者98名に質問紙を送り、倫理に関する学課目編成、倫理教育の内容・方法について回答を求めた。55名から回答が得られた。

まず倫理に関する学課目編成をみると、正規の学課目として倫理教育を実施しているところが37大学 (独立課目としているところが20、臨床実習のなかで計画的に行

なっているところが3, 他は説明なし), 正規の学課目としては設定していないがさまざまな形で倫理教育を行なっているところが16大学であった。この「さまざまな形」とは, 例えば, 複数の学課目のなかで倫理問題の論議を取り上げる, 臨床実習のスーパービジョンで取り上げる, などである。これは, 22年前の報告 (Depalma and Drake, 1956) で正規の学課目にしていた大学が9%しかなかったことと比べれば大きな変化といえる。

正規の学課目として倫理教育を設けている37大学のうち, 臨床系の学生にのみ必修としているところが23大学, 心理学専攻の大学院生全員に必修としているところが7大学, 全学生に選択履修させているところが7大学であった。倫理教育の課目は毎週2時間1学期間行なわれている場合が多い。

APA の倫理綱領はすべての大学で取り上げられているが, その他のトピックスとしては, 研究の倫理, 機密保持, 治療を受ける (断わる) 権利, 料金などの実務的問題, 法律問題, 倫理問題事例集, 人権問題, 倫理哲学, 立場によって評価が異なる治療法, 他の専門職の倫理, 価値観などが挙げられている。

現状では大学における倫理教育の進め方や内容に十分な注意が払われているとはいえない。倫理を正規の学課目として教え, 倫理教育の拡充をはかっていくことが必要であろう。

Depalma, N., and Drake, R. (1956) Professional ethics for graduate students in psychology. *American Psychologist*, 11, 554-557.

倫理問題についての研究と教育

Welfel, E.R., and Lipsitz, N.E. (1983) Wanted: A comprehensive approach to ethics research and education. *Counselor Education and Supervision*, 22, 320-332.

本論文は, カウンセラーやセラピストの倫理に関する研究文献を展望し, 倫理教育の影響力を検討し, 倫理に関する研究・教育の将来の方向を示唆しようと試みたものである。

文献総覧をするに当たって, 著者は次のような問題を想定している。(1) 学生に対する倫理教育として, 倫理綱領を教えることの他に, どんなことが行なわれているか, (2) どんな形の倫理教育が効果的か, (3) 倫理教育を履修したセラピストは履修しなかった者よりも倫理的

に敏感であるか。また, 専門家については, (4) 倫理的に行動する専門家とそうでない専門家の相違点, (5) 倫理的ジレンマに陥るような状況下で倫理的に判断し決定する過程, (6) 非倫理的行動の発生原因, など。しかし, 現に報告されている文献で論じられているのは, 次の5つの問題に集中している。(1) 倫理綱領の機能と限界, (2) 価値観と倫理の関係, (3) 職業倫理が専門家の行動に及ぼした影響, (4) 特定の階層のクライアントを相手にする場合, あるいは特定のカウンセリング方法を用いる場合に考慮すべき倫理的問題, (5) 職業倫理と道徳哲学の関係。

カウンセラーやセラピストの倫理的行動についての実証的研究は, 非倫理的行為の発生率を報告しているものが大部分である。とくに守秘義務違反とクライアントとの性関係に関する報告が多い。しかし, 不幸なことに, 非倫理的行為の発生理由や倫理違反をおかすセラピストの特徴を明らかにするような実証的研究はきわめて少ない。報告されているのは, 倫理的か非倫理的かを弁別する能力, 倫理違反の告発をうけた事例ではセラピストがどんな葛藤をどの程度経験したか, といった問題である。この種の研究のなかでユニークなのは Van Hoose and Paradice (1979) である。彼らの研究は, コールバーグの道徳発達理論を基礎にした倫理判断理論を提出し, とくに倫理判断と認知的複雑さとの関係を説明しようとしている。

倫理教育の影響についての研究もあまり多くない。Tymchuk et al. (1979) は倫理教育で取り上げられているテーマを報告しており, Abeles (1980) は彼が実施している倫理教育の詳細を報告している。しかし, これらのテーマや方法の効果については触れられていない。Morrison & Teta (1979) のように, 患者の人権問題などを取り上げた授業の結果, 看護学生が職業倫理問題に敏感になったという研究報告もある。その他の研究も合わせ考えると, 倫理教育によって学生は倫理問題に気づくようになるという説がある程度支持されるように思われる。ただし, 倫理教育が専門家の行動に与える効果についてはデータがない。

最後に, 倫理に関する研究と教育の将来について提言がなされている。(1) 心理学は倫理原則を制定するだけでなく, 新たに生じてくるさまざまな倫理問題にも対応できるよう職業倫理の基本原則を深めていく必要がある。(2) 実証的研究を行なう場合には, その理論的基礎を明確にすることが大切である。例えば, 非倫理的行動を取り上げる場合, その発生率だけでなく, 非倫理的行動を導く発達の・人格的・場面的などの要因を発達理論など

と関連させて解明する必要がある。(3) 倫理研究には、より洗練されたより多様な研究デザインを導入すべきである。倫理的行動の規定要因の多角的な解明のためには、ちょうど心理療法の効果研究に見られたように、さまざまな研究デザインを工夫せねばならない。(4) 倫理教育を実施している大学は、その教育効果を評価し、さらに新しい教育方法の開発に努力する必要がある。

Van Hoose, W.J., and Paradise, L.V. (eds.)

(1979) *Ethics in Counseling and Psychotherapy*. Cranston, R.I. : Carroll Press.

Abeles, N. (1980) Teaching ethical principles by means of value confrontations. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 17, 384-391.

Morrison, J., and Teta, D. (1979) Impact of a humanistic approach on students' attitudes, attributions, and ethical conflicts. *Psychological Reports*, 40, 863-866.

タラソフ判決から5年

Knapp, S., and Vandercreek, L. (1982) Tarasoff: Five years later. *Professional Psychology*, 13, 511-516.

カリフォルニア州高裁がタラソフ事件に判決を下したのは1976年のことである。この判決は、たとい秘密保持の原則を破っても、サイコロジストは粗暴な患者から第3者を守る責任があるというものであった。セラピストは、患者から危害を加えられる恐れのある人に「警告する義務」があるというのである。この判決は、次のような点でサイコロジストに不安と混乱を与えた。(1) 「警告する義務」は、他者に危害を加える患者の場合だけでなく、自殺傾向がある患者の場合にも当てはまるのではないか、(2) 危険な患者の犠牲者になる人が不確定な場合はどうするか、(3) 他の州の裁判所は、同様の事件に対しどんな判決を下しているか。この報告は、こうした問題について、その後の判例を検討して、サイコロジストへの勧告を行なっている。

まず第1に、「警告する義務」は、自殺傾向の患者の場合にまで広げて適用されるものではない。患者の自殺傾向を親に警告しなかった医師が訴えられた事件で、カリフォルニア州裁は自傷の場合や財産被害の場合に警告義務は適用されないとの判決を下している。第2に、「第

3者に警告する義務」は、その第3者が特定できる場合に限定される。カリフォルニア州裁やペンシルバニア州裁は、誰が犠牲者になるのか不明確な場合には、警告の義務を認めなかった。そして、犠牲者を予知できないときに、犠牲者を確かめるために患者に質問したり調査したりする必要はないということである。第3に、他の州における判例であるが、ネブラスカ州、ペンシルバニア州、ニュージャージー州で、それぞれタラソフ判決と同じく警告義務を認めた判例が出された。しかしメリーランド州のように、第3者に危害が及ぶような場合であっても秘密保持違反は許されないという判例を出している例もある。セラピストは州法を知っていた方がよい。

最後にセラピストへの勧告である。セラピストは危害の予知に力を入れすぎてはいけない。また、第3者への危害が予想される場合にも、警告することだけが唯一の道でなく危害を回避する他の道を探るのがよい。例えば、保護拘束を考慮するとか、環境を操作して防止をはかるなど。さらに、暴力傾向を打ち明けた患者に対して「秘密保持には限界がある」ことを率直に告げる、あるいは患者のいる前で第3者に警告する道もあろう。そのほか、暴力的な患者を扱った経験のあるセラピストに相談するのもよい方法である。

タラソフ判決から10年

Fulero, S.M. (1988) Tarasoff: 10 years later. *Professional Psychology*, 19, 184-190.

この論文は、タラソフ判決の問題点、その後出された判例、セラピストの義務を明確にする法律を制定しようとする動き、セラピストに対する勧告について述べている。

タラソフ判決にはいろいろの問題が含まれているが、判決について重要な事実をいくつか指摘することができる。(1) 患者の暴力行為を予測することは、精神衛生専門家であっても不可能であるとされているが、タラソフ事件ではセラピストが正確に予測しており、この点で特異なケースである。判決は、この特異なケースに対して警告義務を課したのである。(2) タラソフ判決を下すさいに考慮された点が2つある。1つは、医師は伝染病者を公的機関に報告せねばならないこと、もう1つは、精神病院から逃亡した患者が犯した有害な行為については病院が責任を負うこと。(3) 秘密保持が適正に行なわれてさえおれば、クライアントの名誉を棄損したとか警告される側にわざと精神的苦痛を与えたなどという非難を

受けることはない。(4) 被害者に警告さえすればセラピストの義務を果たしたことになると思う向きが多いが、単に警告するのではなく保護をする義務があるのである。

タラソフと類似した判決がその後数十例も出ている。Knapp & Vandecreek (1982) が取り上げたものの他、例えば (a) 女性に暴行を働いた患者について、その患者が過去にも同様の暴行があった事実を精神科医が知らなかったことに対し「当然知るべきだった」と責任を求めた連邦裁判所判決、(b) 患者の母親への殺意を知りながら母親に警告しなかったセラピストに対し、母親への警告義務だけでなく、母親殺しの現場を目撃して情動障害におちいった子どもにまで警告義務を拡大したカリフォルニア州高裁判決、(c) 父親への復讐を口にしていて患者が半年後に納屋を焼き尽くした事件で、保護義務をセラピストだけでなく精神衛生専門家にも課し、保護対象を財産にも適用させたヴァーモント州高裁判決、(b) 会社から「職場を爆破するぞと脅迫しているので入院を説得してほしい」との通報を受けたセラピストが、患者に説得を試みたが説得に成功せず「ノースカロライナ州法では強制入院させられない。しかし危険には注意して欲しい」と警告していたところ、この患者が同僚を射殺してしまったという事件が起きた。この事件でセラピストは責任を問われなかったが、この判決の中で警告義務は危害が及ぶと思われるすべての人に及ぶこと、そして第3者を保護する義務とは患者を入院させる義務を意味する場合があると述べられていた。これは重大な問題をはらんでいるのでAPA は、入院させる「義務」はないと抗議している。

このような司法状況のもとで、最近ではセラピストの義務を法制化しようという試みが行なわれている。カリフォルニア州ではセラピストが特定の人に危害が及ぶことを知った場合、その人に警告し警察に通報しておけば、実際に危害が生じてもセラピストは責任を問われないという法律が成立し、1986年から発効した。他の州でも同様の法案を制定する動きがあり、APA はこれに積極的な役割を果たしている。

タラソフのような事例を手がける際のセラピストへの勧告としては、重要なことが2点ある。1つは臨床的処置を十分に文書にしておくこと、もう1つは他の専門家とよく協議することである。また、暴力的な患者の処置方法や危険度評価法に精通していることも大切である。第3者に警告を発する場合には、クライアントの同意を確保し、必要に応じ保護措置を講ずるとよい。そして州法や判例を頭にいれておくべきであろう。

心理療法における秘密保持の諸問題

Everstine, L., Everstine, D.S., Heymann, G.M., True, R.H., Frey, D.H., Johnson, H.G., and Seiden, R.H. (1980) Privacy and confidentiality in psychotherapy. *American Psychologist*, 35, 828-840.

カリフォルニア州心理学会の「プライバシーと秘密保持に関する委員会」のメンバーの共同執筆になる本論文は、この問題のいくつかの側面をトピックスとして取り上げている。

最近プライバシーや秘密保持に関して不安や問題が増してきた背景には、ここ20年の間に起こってきた合衆国の社会状況の変化が挙げられる。多くの個人情報が入手・蓄積できるようになったこと、公共機関が個人情報を求めるようになってきたこと、暴力の風潮が広がったために他者に暴力を加える可能性のある人を識別し制圧する手段が求められていること、など。

クライアントのプライバシー保護のためには、まず心理療法への同意を得ることが大切である。ここで言う「同意」とは、クライアントが理性的に判断できる能力をもち、治療に関する情報を十分に知らされており、自発的に治療に同意することである。この意味での同意を得るためには、クライアントの権利（例えば、治療をやめる権利）を明示し、治療目的や治療にともなう危険を十分に述べておく必要がある。同意を文書で確認しておくことは価値がある。この論文には同意書の書式例が紹介されている。

合衆国にはさまざまな保険制度があり、病院や地域の精神保健サービスの費用審査を行なっている。そのさい、個人の診療記録を第3者（保険会社、役人など）が調べるといった事態が起きる。保険診療のためとはいえ、ここではジレンマが生ずる。この問題にどう対処するかが緊急な課題である。

最近クライアントとセラピストの間の専門的信頼関係に法律が介入するようになり、心理療法における秘密保持が困難になりつつある。タラソフ事件の判決に見られるように、第3者に危害が及ぶ可能性があれば、セラピストは秘密保持原則を破って第3者に警告する義務を果たすことが求められている。秘密保持の点では、医師と患者、弁護士と依頼人、牧師と懺悔者など、専門的信頼関係が数多くある中でセラピストとクライアントの関係が最も弱い立場にある。これを改善するために、我々はあるらかの方策を講ずるよう立ち上らねばならない。

最後に、セラピストへの勧告として、治療に関する情

報はクライアントに十分に伝えて同意を得よう努めること、警告義務や報告義務は第3者に対する義務であるだけでなく、クライアントにその義務の存在を知らせるのも義務であると理解すること、などが挙げられている。

心理療法における秘密保持問題についての調査

Baird, K.A. and Rupert, P.A. (1987) Clinical management of confidentiality: A survey of psychologists in seven states. *Professional Psychology*, 18, 347-352.

アメリカの7つの州のサイコロジストから層化任意抽出法によって選んだ466名に質問紙を送り188名から回答を得た。日常の臨床活動の中で秘密保持問題をどのように処理しているか、また、クライアントに自傷他害の恐れがあるなど特別の事態ではどのように対処するかを調査し、これらの行動に影響を与える要因の検討も行なった。

「初回面接で秘密保持についてクライアントに知らせるか」との問いに対し「知らせる」が61%、「知らせない」が39%であった。「知らせる」と答えた人に「何を知らせるか」を自由回答してもらった結果、「セラピー中の全発言が秘密」と告げる人が19%（全体の12%）、「秘密保持には限界がある」と告げる人が15%（全体の9%）、「秘密保持の限界を詳しく告げる」とした人が66%（全体の40%）であった。学会のガイドラインでは秘密保持の限界を告げることになっているが、それに従っているのは全体の49%にすぎない。この告知の有無に影響を与える要因として、回答者の理論的傾向、回答者がいる州で守秘特権(privileged communication)が認められているか否か、以前に守秘義務に違反した経験があるか否か、の3点を吟味した。その結果、以前に守秘義務違反（本人の了承無しに個人情報をもたらした）の経験があるとクライアントに「秘密保持には限界がある」と告げる傾向があることが分かった。しかし、回答者の理論的傾向や居住している州の法規定とは関係が認められなかった。ちなみに、調査時点で守秘特権が法的に認められていたのは5州（イリノイ、ジョージア、ペンシルバニア、アイオワ、ヴァーモント）、認められていなかったのは2州（南カロライナ、西ヴァージニア）である。

「どんな場合にクライアントの同意無しに個人情報をもらすか」との問いに対しては、危険なクライアントを扱う場合および同僚と相談する場合を挙げた人が多かった。APAのガイドライン（「秘密保持の限界につい

てあらかじめクライアントに知らせること」）に対しては、71%が賛成、11%が不賛成であった。また、秘密保持について「自分の意見が変わったと思うか」という問いに対し、50%の回答者が「変わった」と答え、このうち78%は「より秘密をもらす方向に」変わったとしている。その理由としては「タラソフ判決に影響された」「クライアントの危険な状態を家族に知らせなかったために失敗した」を挙げた人が多い。

集団療法における秘密保持

Meyer, R.G., and Smith, S.R. (1977) A crisis in group therapy. *American Psychologist*, 32, 638-643.

セラピー中に知り得たクライアントの個人情報了他にもらさないのがセラピストの職業倫理であるが、これをクライアントの権利として法的に認めたのが守秘特権(privileged communication)である。集団療法においてはこれらの問題はどうなっているのか、また、どうあるべきなのか。

大学2年生の心理学受講生に質問紙調査を実施した。秘密保持はセラピストの職業的・倫理的義務であるが法的強制力を持つものではないと説明した上で、グループ内で話したことが「秘密保持されない集団療法」と「法的に強制された場合を除き、秘密が守られる集団療法」に、それぞれ参加するか否か、参加した場合にどう行動するかを尋ねた。「参加しない」「参加してもあまり発言しない」という否定的な回答をした者が前者では82%、後者では47%に達した。秘密が保持されない場合、あるいは保持されない可能性がある場合には、集団療法が深刻な影響を受けることは明かである。

集団療法における秘密保持問題は個人療法の場合と変わらないと考えている向きが多いが、そうではない。個人の秘密は、本人がそれを第3者に告げてしまった場合には、もはや「秘密」として法的保護を受けることができなくなる。集団療法の場合、参加メンバーが「第3者」とであると見なすなら、秘密保持など有り得ないことになる。この第3者について、合衆国最高裁が議会に提出した裁判規則(Court Rules)によれば、「本人の診療を助けるために第3者がいた場合には守秘特権は失われ」となっている。集団療法の参加メンバーが他のメンバーの診療を助けるためにいたと考えれば、守秘特権は集団療法においても認められることになろうが、この

裁判規則は議会を通過せず、それに代わって採択された連邦規則（Federal Rules）ではこの点が曖昧なままである。より良い法規定が制定される必要がある。そのためには、集団療法が効果をあげるためには秘密保持が不可欠であることを実証するとともに、集団療法参加者の沈黙の権利を保証することも大切である。

未成年者と親の治療への同意をめぐる問題

Plotkin, R. (1981) When rights collide : Parents, children and consent to treatment. *Journal of Pediatric Psychology*, 9, 121-130.

従来、子どもの治療には親の同意が必要であった。しかし近年になって子どもの権利が認められるようになり、子どもの権利と親の責任が衝突して、そのため臨床家が親と子の板挟みになる場合が多くなった。この論文は、親の同意なしに治療することが法的に認められているケースを4種類あげ、論評を加えている。

その第1は「判断能力のある未成年者（mature minor）」の場合である。これは、治療の性質や結果を十分に理解できる力をもった未成年者をさしている。しかし認定基準は州によって異なる。治療結果を理解できる未成年者なら年齢に関係なく治療への同意権を認めている州（ミシシッピ州）もあれば、性病や妊娠の処置に限って未成年者の同意権を認める州（カリフォルニア州）もある。しかし、ほとんどの州では治療に同意できる能力が未成年者にあるか否かの判断を治療専門家に任せている。しかし、治療への同意権とは別に、親に治療を行なったことを告知する義務がある。治療費を親が負担する場合が特にそうである。このように親子の権利・義務が衝突する場合、治療専門家は迷うことが多い。

第2は「自立している未成年者(emancipated minor)」である。これは、結婚・兵役参加などで所得があり、成人の権利・義務を行使する資格を与えられた未成年者を指している。この場合、治療専門家は、親に告知する義務はなく、代わりに治療の最終責任を親に取らせることもできない。実際には、未成年者がこの「自立した」未成年者であるかどうかを臨床家が判断することがむずかしいという問題がある。

治療に親の同意が必要とされない第3のケースは緊急事態である。緊急であるかどうかは治療者の判断に任される。多くの州で、緊急事態とは「親の同意を求めるために治療が遅れると、未成年者の健康・生命が危険にな

る状況」と定義している。

第4のケースは、裁判所が治療を求めた場合である。子どもに危害を与えたり無視したりする親から子どもを守るために、裁判所が介入する場合がある。

以上の4つのケースは、例外的に親からの同意を必要としない場合であるが、最近では思春期の人の認知能力の発達が早いこともあって、親の同意なしに治療を始められる年齢が低くなっている。ここでは治療への「同意」を問題にしたが、これは治療を「拒否」する権利の問題でもある。

倫理委員会の提訴処理手続き

Hare-Mustin, R.T., and Hall, J.E. (1981) Procedures for responding to ethics complaints against psychologists. *American Psychologist*, 36, 1494-1505.

APAの倫理委員会（Committee on Scientific and Professional Ethics and Conduct: CSPEC）は、心理学者の非倫理的行為に対する告発を受け、その行為を調査し、裁定を下す権能をもった委員会である。倫理委員会の活動目的は、市民の保護、職業倫理の維持、苦情の対象となった学会員への措置である。1980年に受け付けた苦情は128件にのぼり、このうち68件について合計108個の措置を行なった。この報告は、1981年に改訂された「規則と手続き」を説明している。

「一般規則」：倫理委員会は心理学者のすべての非倫理的行為を扱うわけではない（学会員が相互に話し合いによって解決を計るのが望ましい）。また、匿名者からの苦情も受け付けない。また、提訴がないときに委員会が主導して問題を取り上げるのはごく限定された場合に限られる。委員会が告発を受け付けた場合にも、被告・原告との連絡手続き、時間的制約、裁定、記録保存など、細則に従って審理が進められる。

「苦情の評価」：告発された行為が倫理違反に当たらなければ、問題はそこで終了とする。倫理違反の疑いがある場合は調査手続きに入る。証拠不十分の場合や告発してもメリットがない場合は、ここで問題を終了とする。

「裁定」：倫理違反が認められた場合は審理の上で、勧告・戒告・再研修・除名などの裁定を行なう。委員会は裁定の結果を当事者や関係機関に通知し善処を求める。

この委員会は、原告・被告の両者の保護に留意し、心理学者の倫理的行為のレベルを高めるために、最良と思われる手段をさらに追求している。